RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/338/2022 **ATAS/1095/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 décembre 2022

2ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Andrea VON FLÜE	recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Le 6 avril 2016, Madame A_____ (ci-après: l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née en 1965, de nationalité mexicaine, entrée en Suisse en 1999 et titulaire d'une autorisation de séjour (permis B), mariée et mère d'enfants majeurs, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), mesures professionnelles et/ou rente, en raison d'une atteinte à la santé d'ordre psychiatrique.

Selon ses indications, au titre de son activité professionnelle – ou lucrative –, elle était employée à domicile au taux de 50 %, son dernier emploi ayant été exercé du 2 janvier au 30 novembre 2015 pour une société de services à domicile sise à Genève.

b. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OAI, l'office ou l'intimé) a reçu divers renseignements médicaux.

Selon un rapport du 12 avril 2016 du docteur B_____, psychiatre et psychothérapeute FMH et psychiatre traitant de l'intéressée, cette dernière souffrait d'un trouble panique avec agoraphobie (F40.01 de la CIM-10) ainsi que d'une "dépression majeure modérée avec traitement médicamenteux" (F32.1). Elle était en incapacité totale de travailler depuis le 18 novembre 2015 et pour une durée indéterminée, dans son activité habituelle et dans une autre activité lucrative.

Dans un questionnaire pour l'AI rempli le 16 septembre 2016, le Dr B_____ a maintenu ces deux diagnostics, le traitement consistant en une psychothérapie et un traitement médicamenteux. La patiente avait une incapacité de travail de 100 % du 18 novembre 2015 au 31 octobre 2016, de 50 % depuis le 1er novembre 2016 et nulle dès le 1er janvier 2017.

Le 11 avril 2017, le psychiatre traitant a actualisé la situation de la manière suivante. Le status psychiatrique de l'assurée était resté globalement inchangé. Du point de vue strictement psychiatrique, sa capacité de travail se situait à 50 % dans un programme de réinsertion professionnelle depuis le 1er mai 2017, mais était définitivement nulle dans son activité habituelle.

c. Le service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) ayant le 3 octobre 2017 proposé une réadaptation à compter du 1er mai 2017, l'intéressée a été mise au bénéfice d'indemnités journalières de l'AI, et, dans le cadre d'un entraînement à l'endurance (en vue d'une augmentation de son taux d'activité), un passage auprès C_____ (membre de la coopérative D_____ et reconnue d'utilité publique) a été prévu à 35 % dès le 15 octobre 2018 puis à 40 % depuis le 29 octobre 2018.

En parallèle, par certificats – séparés – du 20 août 2018, le Dr B_____ et le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, ont attesté une capacité de travail nulle pour cause de maladie depuis cette date et jusqu'au 21 août (lendemain), respectivement 23 août 2018. Le 22 octobre 2018, le Dr B_____ a indiqué que le taux d'activité de 40 % ne pouvait pas être dépassé pour le moment et, par un autre document, il a attesté une capacité de travail nulle pour cause de maladie du 22 au 23 août 2018, suivie d'une capacité de travail à 100 % dès le 24 août suivant.

Les 23 novembre 2018 et 12 février 2019, l'office a décidé de prendre en charge un entraînement progressif (mesure de réinsertion) auprès C_____ pour les périodes du 5 novembre 2018 au 3 février 2019, respectivement du 4 février au 5 mai 2019.

Cette mesure professionnelle, qui consistait en une activité d'assistante commerciale au taux de 50 %, a fait l'objet d'un rapport d'évaluation – intermédiaire – C_____ reçu le 6 mars 2019 par l'OAI, de même que de notes de travail et d'un "rapport MOP" du 29 avril 2019 établis par l'office. Il ressort d'un entretien du 26 février 2019 avec C_____, l'office et l'assurée, que celle-ci présentait un rendement évalué par C_____ entre 25 % et 30 % sur une capacité de travail de 50 %, et elle était moins motivée depuis le début de l'année 2019, mettant ce manque de motivation sur le compte de sa problématique de santé et de la ménopause.

d. Conformément à une décision de prise en charge d'une activité intermédiaire rendue le 30 juillet 2019 par l'OAI, l'intéressée a accompli entre le 23 juillet 2019 et le 26 janvier 2020 un stage auprès des Etablissements publics pour l'intégration (ci-après: EPI), lesquels ont, le 13 février 2020, conclu à une capacité de l'assurée à maintenir le taux d'activité de 50 % dans une entreprise, dans des tâches simples de bureautique et comptabilité, pour autant que de nombreux aménagements soient mis en place et que l'environnement soit très soutenant, sa résistance psychique très fragile face aux changements étant également couplée à un manque de tonus chronique.

e. À partir du 1er janvier 2020, l'intéressée a bénéficié de prestations d'aide financière de l'Hospice général.

f. Le 24 février 2020, le psychiatre traitant a estimé que la capacité de travail de la patiente restait de 50 %, avec des limitations fonctionnelles liées aux lieux fermés et à la gestion des téléphones concernant lesquels elle était "très réactive".

g. Le SMR considérant le 30 mars 2020 que les diagnostics du Dr B_____ ainsi que l'origine des difficultés de mémoire et de concentration relevées lors des mesures professionnelles étaient insuffisamment clairs, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, avec examen neuropsychologique et tests de validation des symptômes, a été confiée au docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Dans un rapport d'examen neuropsychologique le 7 septembre 2020 au Dr F_____ et faisant suite à un examen neuropsychologique (avec un interprète en espagnol) effectué le 3 septembre 2020, avec un "résumé des scores et épreuves cliniques", Mesdames G_____ et H_____, neuropsychologues FSP, ont conclu que l'examen mettait en évidence des troubles attentionnels et mnésiques modérés à sévères ainsi que des troubles exécutifs modérés auxquels s'ajoutaient des difficultés au calcul oral et écrit, mais que des suspicions d'éléments de surcharges, conscients ou inconscients, remettaient en cause la validité des résultats aux tests, et le caractère ni régulier ni optimal de la mobilisation des ressources de l'expertisée tout au long de l'examen rendait difficile d'objectiver et quantifier une éventuelle atteinte neuropsychologique.

Dans son rapport d'expertise reçu le 26 octobre 2020 par l'office, l'expert F_____, avec Madame I_____, psychologue FSP (tests psychométriques), notamment à la suite d'un entretien le 17 juin 2020 avec l'intéressée en présence d'un interprète ainsi que d'un rapport du 21 septembre 2020 du psychiatre traitant, a retenu l'absence de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, ceux sans une telle répercussion étant un trouble dépressif actuellement en rémission (F32.4), un trouble panique avec agoraphobie en rémission (F45.1; F40.01) et une personnalité dépendante, et a conclu à une capacité de travail entière de l'assurée depuis le 16 octobre 2018 dans sa profession habituelle d'employée de maison et dans une autre activité, de même qu'à l'absence de trouble psychique de l'expertisée pouvant diminuer sa capacité à réaliser toutes les tâches domestiques.

h. Dans un rapport du 24 novembre 2020, le SMR a retenu comme "atteinte à la santé incapacitante", principale, un état dépressif de gravité moyenne, actuellement en rémission, les autres atteintes, sans impact sur la capacité de travail, étant un trouble panique avec agoraphobie en rémission (F45.1; F40.01) et une personnalité dépendante; il y avait eu une incapacité de travail à 100 % dès novembre 2015, à 50 % à partir du 1er janvier 2017 et nulle à compter d'octobre 2018.

i. Le 28 avril 2021, l'assurée a répondu à des questions posées par l'OAI quant à sa situation.

B. **a.** Le 8 juillet 2021, l'office a adressé à l'assurée un "projet d'acceptation de rente, octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps, refus de mesures professionnelles". À teneur de ce projet, l'intéressée avait, du 1er novembre 2016 au 31 mars 2017, droit à une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 50 %. Ce taux était calculé sur la base d'un statut mixte, soit 50 % de part d'activité professionnelle et 50 % de part de "travaux habituels" (tâches ménagères), pour une "perte économique / empêchement" de 100 % dans l'activité professionnelle. Dès le 1er avril 2017, il n'y avait eu aucune "perte économique / empêchement" et donc aucune invalidité, et à partir du mois janvier 2018, une "perte économique / empêchement" de 50 % dans l'activité professionnelle

exercée au taux de 50 %, d'où un degré d'invalidité de 25 %, insuffisant pour l'octroi d'une rente car inférieur au taux minimal de 40 %. Dès le 1er octobre 2018, la capacité de travail de l'intéressée était entière dans toute activité, de sorte que des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires. Parallèlement, l'empêchement dans la tenue du ménage était nul compte tenu de l'exigibilité – de la part – des membres de la famille.

b. Le 20 juillet 2021, par son conseil nouvellement constitué, l'intéressée a demandé à l'OAI une copie complète de son dossier, que celui-ci lui a envoyé le 23 juillet suivant sous forme de CD.

c. Le 6 août 2021, le Dr B_____ a répondu à des questions que l'office avait posées le 16 avril 2021 à l'assurée. Selon lui, de nouveaux médecins n'avaient pas été consultés; il n'y avait pas eu de reprise de l'activité professionnelle et la patiente continuait son activité occupationnelle de façon très irrégulière, avec de nombreux arrêts de travail; était ajouté: "son état clinique reste figé sur un état anxio-dépressif qui se chronicise".

d. Par décision du 16 décembre 2021, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente ordinaire de l'AI ("rente simple"; de CHF 231.- mensuellement), pour la période du 1er novembre 2016 au 31 mars 2017, la motivation du projet de décision du 8 juillet 2021 étant au surplus reprise.

C. **a.** Par acte du 31 janvier 2022, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et, au fond, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au moins.

b. Dans sa réponse du 28 février 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. La recourante ne s'est pas manifestée dans le délai au 28 mars 2022 que lui avait octroyé la lettre de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) du 3 mars 2022 pour faire part de ses observations et joindre toutes pièces utiles.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément.

La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Elle est ainsi applicable, dès lors que le recours a été interjeté postérieurement à cette date (art. 82a LPGA a contrario).

3. Interjeté dans la forme et le délai - de trente jours et compte tenu des féries judiciaires - prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 al. 4 let. c et 56 ss LPGA ainsi que 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

4.

4.1 L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées; ATAS/742/2021 du 6 juillet 2021 consid. 4a).

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

4.2 Dans son recours, l'assurée conteste les conclusions de l'expertise et considère avoir démontré ne pouvoir que difficilement soutenir un rythme de travail supérieur à 50 % comme établi d'après elle par les mesures – professionnelles – suivies, sa capacité de travail ne pouvant pas dépasser 50 %. Elle conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au moins, et ce en raison d'atteintes à la santé psychiatriques.

Il y a lieu d'en déduire qu'elle ne conteste pas la décision querellée en tant que cette dernière lui alloue une demi-rente ordinaire de l'AI pour la période du 1er novembre 2016 au 31 mars 2017.

Le présent litige porte dès lors sur la question du droit ou non de la recourant à une demi-rente d'invalidité au moins, depuis le 1er avril 2017.

5. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

6.

6.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA43) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui

peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

6.2 Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'AI accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 - RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

6.3

6.3.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

6.3.2 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon

laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global – procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini –, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

6.4 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

Notamment, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

6.5 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent

comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

6.6 Conformément à l'art. 28a LAI, L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (al. 2). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (al. 3).

Lorsqu'une personne assurée n'exerce pas une activité lucrative – ou professionnelle à 100 % mais emploie un taux d'occupation dans les tâches ménagères (ou "travaux habituels"), il convient d'appliquer les règles afférentes à la méthode mixte, telle que précisée ci-après.

Compte tenu de la date de la décision administrative en cause, qui détermine l'application dans le temps des règles légales au présent litige (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1 ; ATF 127 V 467 consid. 1), il y a également lieu de tenir compte de la modification réglementaire relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel entrée en vigueur le 1er janvier 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_858/2017 du 20 février 2018 consid. 2.2). En effet, selon la jurisprudence, lors de l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, l'art. 27bis al. 2 à 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) dans sa teneur du 1er décembre 2017 est applicable, eu égard au traitement uniforme et égal des assurés, à partir de l'entrée en vigueur de cette modification le 1er janvier 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2). Le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2017, et, après le 1er janvier 2018 en fonction des modifications susmentionnées (cf. ATAS/435/2019 du 13 mai 2019 consid. 10; ATAS/504/2022 du 30 mai 2022 consid. 4.2).

6.6.1 Pour la période d'éventuelle invalidité antérieure au 1er janvier 2018, les règles et principes qui suivent sont applicables.

Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

6.6.2 Pour la période d'éventuelle invalidité postérieure au 31 décembre 2017 – ou commençant le 1er janvier 2018 –, les règles et principes suivants s'appliquent.

Selon l'art. 27bis RAI en vigueur depuis le 1er janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative

exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

Sous l'empire de l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide.

Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28a al. 2 LAI. De même que pour les assurés qui accomplissent des travaux habituels à plein temps, l'invalidité est calculée en fonction de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels. La limitation ainsi obtenue est pondérée au moyen de la différence entre le taux d'occupation de l'activité lucrative et une activité à plein temps. Le taux d'invalidité total est obtenu en additionnant les deux taux d'invalidité pondérés (cf. Ralph LEUENBERGER, Gisela MAURO, Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale/CHSS n° 1/2018 p. 45).

En résumé, conformément à l'art. 27 RAI, dans le cadre de la méthode mixte, le degré d'invalidité est calculé comme suit :

(Taux d'occupation avant l'invalidité x degré d'invalidité)

\+ (Taux des travaux habituels (ménage) x limitation dans le ménage)

= Degré d'invalidité

(cf. notamment ATAS/565/2022 du 21 juin 2022 consid. 15.4).

7.

7.1

7.1.1 En l'espèce, à la suite du dépôt de la demande de prestations AI le 6 avril 2016, la recourante a bénéficié de mesures professionnelles, en particulier en orientation et réinsertion, auprès C_____ puis des EPI. Elle a ensuite fait l'objet d'une expertise psychiatrique, avec examen neuropsychologique et tests de validation des symptômes.

7.1.2 Sur la base du rapport d'expertise, l'intimé a reconnu à l'intéressée le droit, du 1er novembre 2016 au 31 mars 2017, à une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 50 %. Ce taux de 50 % était calculé sur la base d'un statut mixte, soit 50 % de part d'activité professionnelle et 50 % de part de "travaux habituels" (tâches ménagères), pour une "perte économique / empêchement" de 100 % dans l'activité professionnelle.

Dès le 1er avril 2017, il n'y avait eu, selon l'office, aucune "perte économique / empêchement", y compris dans une activité professionnelle, et donc aucune invalidité ni aucun droit à une rente d'invalidité. De ce qui ressort du dossier, ces périodes du 1er novembre 2016 au 31 mars 2017 puis dès le 1er avril 2017 étaient fondées sur les réponses fournies le 16 septembre 2016 par le Dr B_____, psychiatre traitant, selon lesquelles l'assurée avait une incapacité de travail de 100 % du 18 novembre 2015 au 31 octobre 2016, de 50 % depuis le 1er novembre 2016 et nulle dès le 1er janvier 2017. À cet égard, au 1er novembre 2016, l'intéressée avait déposé sa demande AI depuis au moins six mois conformément à l'art. 29 al. 1 LAI et avait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable en vertu de l'art. 28 al. 1 let. b LAI; au 1er avril 2017, l'amélioration résultant de la capacité entière indiquée le 16 septembre 2016 par le psychiatre traitant avait duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre, au sens de l'art. 88a RAI. Il sied de préciser que l'intimé a manifestement appliqué l'ancienne façon de calculer selon la méthode mixte, conformément au droit en vigueur avant le 1er janvier 2018, pour la période précédant cette dernière date.

À partir du mois de janvier 2018, l'office a pris en compte une "perte économique / empêchement" de 50 % dans l'activité professionnelle exercée au taux de 50 %, d'où un degré d'invalidité de 25 %, insuffisant toutefois pour l'octroi d'une rente car inférieur au taux minimal de 40 %. Le choix du 1er janvier 2018 comme *dies a quo* de cette augmentation – provisoire – de degré d'invalidité ne ressort pas clairement des éléments figurant au dossier, mais s'explique selon toute vraisemblance par la nouvelle façon de calculer l'invalidité selon la nouvelle méthode mixte applicable dès le 1er janvier 2018 avec l'entrée en vigueur du nouvel art. 27bis al. 2 à 4 RAI.

Dès le 1er octobre 2018, l'OAI a retenu une capacité de travail entière dans toute activité conformément aux conclusions de l'expert F_____, une rente étant ainsi exclue également depuis cette date et des mesures professionnelles n'étant quant à elle pas nécessaires. Ceci n'a eu aucun impact sur le dispositif de la décision attaquée puisque le droit à une rente était déjà nié à compter du 1er avril 2017 étant donné que le degré d'invalidité n'atteignait pas le taux minimal de 40 % requis.

Parallèlement, toujours à teneur de la décision querellée, l'empêchement dans la tenue du ménage était nul compte tenu de l'exigibilité – de la part – des membres de la famille, de sorte qu'une enquête à domicile pour déterminer les éventuels

empêchements de l'intéressée dans la sphère ménagère n'avait pas lieu d'être car elle ne serait pas susceptible de modifier son droit.

7.1.3 L'absence d'invalidité retenue par l'intimé à un taux suffisant (d'au moins 40 %) à partir du 1er janvier 2017 et la non-reconnaissance d'un droit à une rente trois mois plus tard, donc à compter du 1er avril 2017, impliquent que l'office était en droit de retenir un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, sous forme d'une amélioration de la situation de la recourante, depuis le 1er janvier 2017 (cf. jurisprudence citée ci-après, relativement aux art. 17 LPGA et 88a RAI).

7.2

7.2.1

Dans son rapport d'expertise reçu le 26 octobre 2020 par l'office, l'expert F_____, avec la psychologue I_____, retient l'absence de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, ceux sans une telle répercussion étant un trouble dépressif actuellement en rémission (F32.4), un trouble panique avec agoraphobie en rémission (F45.1; F40.01) et une personnalité dépendante. Selon ledit rapport, l'expertisée présente une personnalité dépendante car elle a besoin d'un environnement sécurisant, semble mal supporter un milieu trop compétitif, la pression, ayant certainement des difficultés face aux conflits et critiques. En outre, son fonctionnement quotidien est tout à fait conservé; l'intéressée gère notamment les tâches ménagères, la cuisine; sa vie sociale est maintenue; elle a pu réaliser son stage de réinsertion où elle a été décrite comme une femme ouverte, dynamique; dans ces circonstances, il n'y a aucun élément en faveur d'une symptomatologie dépressive cliniquement significative, un trouble dépressif actuellement en rémission étant ainsi diagnostiqué. L'assurée a présenté par le passé un épisode d'attaque de panique avec agoraphobie, mais actuellement les malaises anxieux paraissent très difficiles à préciser, un trouble panique avec agoraphobie en rémission étant dès lors retenu. L'expertisée paraît ambivalente; il n'y a pas de trouble de la personnalité, l'environnement social et familial est excellent; en théorie, elle a les ressources intellectuelles, mais la disposition à coopérer semble relative, en raison de facteurs qui sortent du champ médical. À cet égard, il ressort des considérations de l'expert psychiatre que les difficultés psychosociales et socioculturelles sont un élément particulièrement important; sur ce point, la recourante ne maîtrise qu'imparfaitement le français, elle a une perception d'elle-même et de ses réalisations probablement excessive par rapport à son potentiel objectif dans le domaine de la bureautique entre autres, elle ne souhaite pas poursuivre l'activité d'employée de maison par choix personnel, la jugeant indigne ou pas assez qualifiée par rapport au "niveau universitaire ou formation équivalente" qu'elle indique – étant précisé que, selon les rapport d'examen neuropsychologique et d'expertise psychiatrique, elle a obtenu, en 1987 au Mexique, un diplôme de secrétaire bilingue (avec anglais), d'informatique et de comptabilité (équivalant à un diplôme d'employée de commerce) et qu'au surplus,

avec sa demande AI du 6 avril 2016, elle a produit des attestations de formations entre 2013 et 2015 et afférentes à la garde à domicile d'enfants, aux soins aux personnes âgées ainsi qu'aux tâches d'"employée de maison et lingerie" –; toujours selon l'expert psychiatre, ses perspective d'emploi en Suisse comme employée administrative dans le back office ou dans la comptabilité semblent très limitées, et l'âge – 55 ans environ au moment de l'expertise – et une formation qui ne peut pas être valorisée en Suisse sont des facteurs de mauvais pronostic; la non-adaptation socioculturelle importante et le manque de volonté et de motivation ne sont pas en lien avec des symptômes dépressifs mais plutôt liés à sa situation personnelle. Selon l'expert F_____, il n'y a aucune raison de remettre en cause rétrospectivement l'incapacité de travail attestée par le Dr B_____, dès le 18 novembre 2015. L'état de l'assurée s'est néanmoins amélioré par la suite. L'expert psychiatre conclut à une capacité de travail entière de l'assurée, à raison de 8 heures par jour et sans baisse de rendement, depuis le 16 octobre 2018 dans sa profession habituelle d'employée de maison et dans une autre activité, de même qu'à l'absence de trouble psychique de l'expertisée pouvant diminuer sa capacité à réaliser toutes les tâches domestiques. Toujours d'après l'expert psychiatre, il n'y a aucune raison que l'expertisée ne puisse pas travailler comme employée de maison, un choix personnel contraire ne relevant pas de facteurs médicaux.

Il sied de préciser que la date de début d'une capacité totale de travail au 16 octobre 2018 a été choisie par l'expert psychiatre en référence à une "note de travail MOP" de l'OAI du même jour – ne figurant pas clairement au dossier – qui mentionnerait que l'assurée présentait une importante fatigue attribuée à sa médication et à la ménopause mais allait mieux sur le plan moral.

7.2.2 Comme mentionné déjà plus haut, dans son recours, l'assurée conteste pour l'essentiel les conclusions de l'expertise psychiatrique, principalement concernant sa capacité de travail. Elle considère en effet avoir démontré ne pouvoir que difficilement soutenir un rythme de travail supérieur à 50 % comme établi d'après elle par les mesures – professionnelles – suivies, sa capacité de travail apparaissant limitée et ne pouvant pas dépasser 50 %.

Cependant, elle ne fait pas valoir d'éléments factuels ou juridiques un tant soit peu précis et concret à l'appui de cette position.

7.2.3 Cela étant, les rapports d'examen neuropsychologique des neuropsychologues G_____ et H_____ et d'expertise psychiatrique du Dr F_____ répondent, sur le plan formel, à tout le moins en grande partie aux exigences posées par la jurisprudence relativement à la valeur probante d'une expertise : ces expertises ont été conduites par des spécialistes des domaines en question, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. Les experts ont personnellement examiné la recourante préalablement à l'établissement de leurs rapports. Ils ont consigné les renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes de l'assurée et résumé leurs propres constatations. Les experts ont en outre énoncés

les diagnostics retenus et répondu aux questions posées. Enfin, leurs conclusions semblent prima facie claires et bien motivées.

On peut au surplus relever qu'en ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

7.2.4 Quoi qu'il en soit, il n'est pas nécessaire d'examiner plus avant la valeur probante des rapports d'examen neuropsychologique et d'expertise psychiatrique, l'issue du présent litige ne pouvant pas en être influencée pour les motifs qui suivent.

À compter du 1er janvier 2017, aucun taux d'incapacité de travail de plus de 50 % ne pourrait en tout état de cause être retenu. Ce taux maximal envisageable ressort, notamment, des rapports du Dr F_____ du 11 avril 2017 et 24 février 2020 (lequel mentionne une anxiété "présente la plupart de la journée" et une fatigue), et n'est pas contredit clairement par les réponses de ce psychiatre traitant du 6 août 2021 à l'office, ni du reste par les documents afférents aux mesures professionnelles réalisées auprès C_____ et des EPI.

En outre, l'intéressée ne présente dans tous les cas pas de limitations fonctionnelles dans son activité lucrative (ou professionnelle) habituelle d'employée de maison, activité qui ne serait pas empêchée ou gênée par les limitations fonctionnelles liées aux lieux fermés et à la gestion des téléphones concernant lesquels elle était "très réactive", annoncées le 24 février 2020 par le psychiatre traitant, si tant est que ces limitations puissent être retenues.

Enfin, la recourante ne remet en cause ni la répartition de son statut (qui est mixte), si elle n'avait pas eu d'attente à la santé éventuellement incapacitante, entre une moitié (50 %) pour une activité lucrative (ou professionnelle) et une autre moitié pour les tâches ménagères ("travaux habituels"), ni une pleine capacité d'accomplir ces dernières, notamment grâce à l'aide des membres de sa famille.

Dans ces circonstances, comme cela ressort des principes afférents au statut – méthode – mixte, de même que de la motivation de la décision querellée, il convient de calculer les degré d'invalidité de l'assurée de la manière qui suit. Pour la période comprise entre le 1er janvier et le 31 décembre 2017, sous l'ancienne méthode mixte, il ressort de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), ch. 3102 2ème et 3ème phr. (état au 1er janvier 2017), de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) dans sa version antérieure au 1er janvier 2018, qu'une capacité de travail de 50 % par rapport à une activité à plein temps, par exemple, autorise une activité à mi-temps; dans la mesure où une activité de cet ordre était exercée avant la survenance de l'atteinte à la santé et pourrait être poursuivie, il ne peut en résulter aucune limitation notable, ni une invalidité. Il en résulte ici une absence totale de "perte économique / empêchement" non seulement pour les travaux habituels, mais aussi pour l'activité

lucrative (ou professionnelle) puisque l'intéressée pouvait exercer concrètement, avec une éventuelle incapacité de travail de 50 %, un plein 50 % de taux d'activité. À partir du 1er janvier 2018 (nouvelle méthode mixte): 0 % d'invalidité pour les travaux habituels x 50 % de part de ces tâches = 0 % d'invalidité; 50 % d'invalidité au maximum dans une activité lucrative x 50 % de part de cette activité = 25 % maximal éventuel qui pourrait entrer en considération.

Or ce degré maximal envisageable de 25 % est inférieur au taux d'invalidité minimal de 40 % requis par la loi (l'art. 28 al. 2 LAI) pour bénéficier d'une rente de l'AI (un quart de rente).

L'octroi d'une rente à l'intéressée au-delà du 31 mars 2017 – trois mois après le 1er janvier 2017 conformément à l'art. 88a al. 1 RAI – est donc exclu.

Pour le reste, la recourante ne sollicite pas de nouvelles mesures professionnelles, et on ne voit pas en quoi celles-ci pourraient entrer en considération actuellement, d'autant moins que l'assurée a déjà bénéficié de deux mesures de ce type (auprès C_____ puis des EPI) entre fin 2018 et début 2020, donc relativement récemment.

8. Vu ce qui précède, la décision querellée est conforme au droit et le recours sera rejeté.

9. La recourante, bien qu'ayant été représentée par un avocat, n'a pas droit à une indemnité de procédure dans la mesure où elle n'obtient nullement gain de cause (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

***

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière — Le président

Diana ZIERI — Blaise PAGAN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le